

Rural Society, Adverse Selection and Sustainability of Country Doctors to Practice Medicine Intensively at Village Clinics

Kai Hu, Xiaoqing Gan

School of Business, Jiujiang University, Jiujiang, China, 332005

E-mail: cnkaiman@163.com, gxq2007@jju.edu.cn

Abstract: Village clinic in rural areas can serve as a "gatekeeper" role to play an important foundation; it is now undergoing reconstruction after three stages of the establishment, development and decline. In order to improve medical hardware facilities and facilitate the carrying out of new rural cooperative medical service, policy of village clinic integration is being or to be pursued all over the country, that is to gather the country doctors practicing medicine in villages and establish village clinics; however, according to investigation, the integrated village clinics in underdeveloped regions face with three major problems: Low current government subvention, competition with illegal private clinics (i.e. the clinics run by the original country doctors who do not work in the village clinics) and the equalitarianism of the internal income distribution; all these problems may lead to the adverse selection of many country doctors who have different calibers, and the high-caliber doctors may quit. Which will make the policy of "one village, one Village clinic integration" be failure. In this paper, take competitive factors, the local community trust, adverse selection model to of the phenomenon according to the investigation into a theoretical explanation, and that the Government should give up the "one village one" model, shifted from number control to the standard control.

Key words: Rural Society; Adverse selection; Village clinic integration; Village clinic

乡土社会、逆向选择与村医集中执业的可持续性

胡 凯, 甘筱青

九江学院商学院, 九江 332005

E-mail: ¹cnkaiman@163.com, ²gxq2007@jju.edu.cn

摘 要: 村卫生室可以作为农村医疗的“看门人”发挥重要的基础作用, 其经历了建立、发展、衰落三阶段, 现正经历重建阶段。全国正在推行以村医集中执业为基础的乡村卫生一体化政策; 通过实地调查和政策文献研究发现, 该政策存在一些问题, 如“非法诊所”的竞争, 政府财政支持力度不足, 内部收入分配机制的平均主义等。文章采用竞争因素、乡土社会的信任、逆向选择模型等针对调查到的现象进行了理论分析, 认为农村所谓“非法诊所”有其存在的必然性和合理性。同时, 推断村卫生室村医水平将产生逆向选择, 高水平村医退出, 并导致“一村一所”集中执业政策的失败。据此提出, 政府应该放弃目前“一村一所”管制模式, 从数量控制转向标准控制的管理方式。

关键词: 乡土社会; 逆向选择; 集中执业; 乡村一体化; 村卫生室

1.引言

村卫生室是农村三级(县、乡、村)卫生服务网的最基层单位, 承担传染病疫情报告、计划免疫、妇幼保健、健康教育、常见病、多发病的一般诊治和转诊服务以及一般康复等工作, 可以作为我国农村医疗

体制中的“看门人”角色, 将为建立有序转诊的医疗运行体制奠定重要基础。我国村卫生室的发展经历了大约四个阶段。

第一阶段是建立期。在 1950 年第一届全国卫生会议上提出了在 3-5 年内建立县乡村三级基层卫生组织^[1]1955 年, 山西高平米山乡联合保健站正式成立, 这是当时全国第一个农村医疗保健站^[2]。保健站的出

本研究受美国中华医学基金会(CMB)资助(Grant Number 09-980)

资由农业生产合作社、农民群众和医生共同承担,收入来源包括农民缴纳的保健费、农业社公益金提取15%~20%、外加业务收入(主要是药品利润),保健站医生的报酬则一般是工分和现金相结合^[3]。

第二阶段是发展期。1965年,在毛泽东“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的号召下,绝大多数的县、公社和生产大队都建立了医疗卫生机构,形成了三级预防保健网。大队卫生室主要靠集体经济维持,卫生室的房屋和器械由大队投资,流动资金和人员经费主要是生产队拨款。到1976年,农村合作医疗的覆盖率达到全国行政村(生产大队)的90%^[4]。

第三阶段是衰落期。进入20世纪80年代以后,随着农村集体经济的瓦解,更因为自身的筹资支付和管理制度缺乏可持续性^[5],传统合作医疗制度出现了解体、停办的趋势,到1986年全国坚持合作医疗的行政村下降到5%左右^[6],到1990年,村卫生室中私人办和联合办等已经占据58.34%,村办的只占33.31%,而村办中相当一部分也是由个人承包,最终成为自主经营、自负盈亏的市场主体。

第四个阶段是重建期。从20世纪90年代中期开始,各地开始探索重新建立农村合作医疗体系和基层卫生网络;2005年开始的新型农村合作医疗制度以县域为单位进行统筹,且国家进行了大量投入,并在实际运行中不断优化改进,得到了较快的发展。随着新农合的开展,把村级卫生医疗机构纳入定点医疗机构成为方便农民就医和减轻农民疾病负担的重要途径之一。

为此,各地陆续出台了一些村卫生所的规范化和标准化建设的制度;2010年4月,卫生部出台了《卫生部办公厅关于推进乡村卫生服务一体化管理的意见》,明确规定:“原则上,每个行政村应有一所村卫生室”,此前各地也基本采取了“一村一所”的方式,未进入一体化管理的乡村医生其原医疗机构执业证取消,其本人乡医资格随之取消,即未进入村卫生室行医的村医一律属于“非法行医”。

这里有两个值得研究的问题:首先是未进入村卫生室集中执业的原村医的私人诊所(即“非法诊所”)与村卫生室的竞争问题?其次是现行村卫生室外部激励和内部运行机制能否使得其具有可持续性?

本文采取文献与实地调查相结合的方法,文献方面采集我国各级政府关于村卫生室的相关政策文件,实地调查选取江西乐平的村卫生室作为调查对象。从

外部竞争和内部运行机制两个角度,研究在现有外部政策支撑条件下和村卫生室内部运行机制条件下,集中执业的村卫生所发展的内在可持续性问题。

文章分为五部分,第一部分为引言,介绍我国村卫生室的发展历程和管理体制的变迁;第二部分介绍在江西省乐平市众埠镇所做的实地调查;第三部分从乡土社会产生信任的角度,对“非法诊所”存在的必然性和合理性进行分析;第四部分采用逆向选择模型对现行内部运作机制条件下村医到村卫生室集中执业的可持续性进行分析;最后对研究结论进行总结,并提出相应政策建议。

2.调查—江西乐平众埠镇的村级卫生室一体化

乐平市是景德镇地区的县级市,是江西省评选的实施新型农村合作医疗的先进县。自2009年下半年起在全市推行村级卫生室一体化政策。本课题组于2010年2月对乐平市相关实施情况进行了调研,实地考察了该市众埠镇的卫生院和四个村卫生所,访谈了部分村医、乡镇干部、村民,和农医局官员。

2.1 乐平市村级卫生室一体化的主要内容

第一,重新组建村卫生室。2009年下半年在全市开展“一村一所”,每个行政村的村医全部集中到达到标的村卫生室行医。对未进入的村医,取消行医资格。

第二,通过信息化手段管理村卫生所。村卫生所购置电脑和打印机,使用医院管理信息系统,安装统一的门诊管理软件,门诊发票和处方清单全部要求使用电脑打印,实现了新农合数据网络传输和网上监控。加强了新农合基金使用的监管。

第三,通过药品统购规范村卫生所的用药。在实行村卫生所一体化之前,药品由村医采购。从2008年10月起,在全市乡村医疗机构推行药品的全市集中采购和配送制度。

2.2. 乡村卫生一体化政策的落实情况

第一,村卫生所的数量急剧下降。目前95%的行政村都联合设立了一家卫生所,卫生所数量从实施一体化之前的1000多个下降到目前的314个。

第二,村卫生所的组织形式以村医联合办为主。尽管就全市而言存在乡卫生院与乡村医生合办、乡村医生联合、乡村医生与村委会联办等多种形式,但占主流的是乡村医生联办。

第三,村卫生所设施条件依然不足。在集中前,普遍采用“家室一体”的方式。集中后,需要面积较

大的专门房屋用作一体化村卫生所的固定场所。在实践中，条件较好的村会由村委会无偿提供专门的房屋；但有些村卫生所仍然设在村医家中。

第四，村卫生所面临个体诊所的竞争。尽管受到地方政策的取缔，但个体诊所仍然存在于各个行政村中。政府部门表示尽管这些个体诊所属于非法行医，由于种种原因，无法真正取缔。

3. 乡土社会中的信任与农民的就医选择

3.1. 村卫生室的竞争因素分析

我们在江西乐平调查到的非法诊所依然能生存的现象并不是孤立的，在其他文献中也有，如李斌（2009）在山东的调查^[7]。本部分将从理论上分析非法诊所仍然能够吸引部分村民就医的原因。

根据竞争理论，在非法诊所与村卫生室的竞争中，可以分为资格和优势两类竞争因素，如图1所示。资格因素是指村民会把非法诊所纳入选择范围，主要是信任因素。优势因素是村民在比较之后之所以选择的因素，主要包括就诊的方便性、路途远近、价格、医疗水平等因素。

3.2. 资格因素——乡土社会中的信任

首先分析资格因素即信任因素。在费孝通的《乡土中国》^[8]里提到，从基层上看去，中国社会是乡土性的。直接靠农业来谋生的人，是黏着在土地上的。从人与空间的关系上来说，不流动是常态；是一个差序和伦理格局。中国社会已经经历了巨大的变革，然而在农村，费老所说的乡土中国的基本社会状态没有改变。有些村医从赤脚医生开始干起，获得了村民的信任。这里有两个原因，一方面，在一个相对封闭和稳定的乡土社会中，经过长期的观察和了解，广大村民对其医术、医德等都较为了解，信息相对透明，即费老所说的“乡土社会里从熟悉得到信任”；另外一方面，相对封闭的社会里，村民和村医之间有各种千丝万缕的联系，如同学、亲戚、朋友等，除了就医活动之外，村医与村民之间的还有其他联系，即使两人之间没有直接联系，也可能有各种间接联系，如图2所示。村医可能只和村民A和村民G有着直接关系，但通过村民A和村民G，其他村民与村医之间都有间接关系。村医的欺骗行为或者不道德行为将很容易受到其他方面的惩罚。因此，由那些长期行医的原村医开设的私人非法诊所在乡土社会中仍然可以很好的赢得村民的信任。

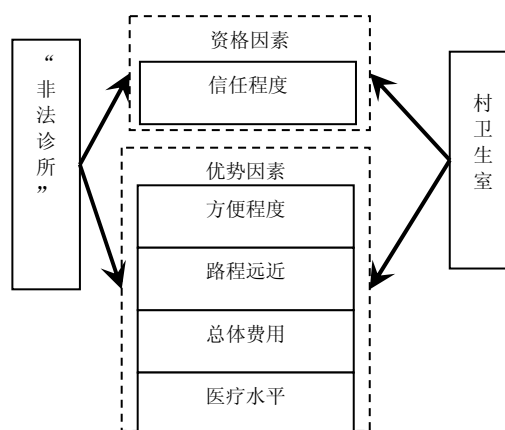


Figure 1. Illegal clinic and village clinic competition model

图 1. “非法诊所”与村卫生室竞争因素模型

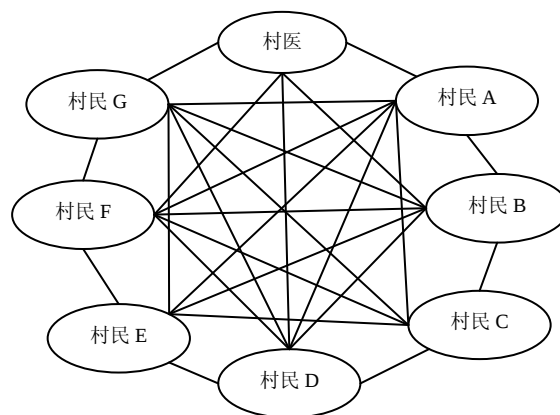


Figure 2. the connection between the villagers and village doctor

In the traditional society

图 2. 传统社会中村医与村民之间的联系图

3.3. 优势因素

其次，分析其优势因素。Robin、Susan Gale、Peter Davies 等人研究指出，农村社区个体诊所在病人等候就诊的时间、与医生面对面诊治的时间等方面超过了综合医院，乡村个体诊所在农村中所起的作用是不可替代的。Roland 与 Shapiro（1998）的研究也表明，鉴于诊所的方便性以及距离病人近等优点，病人更愿意选择到个体诊所接受治疗^[9]。肖生斌等（2005）对西部农村居民为何选择村卫生室就诊做了相关调查发现，61.4%的居民选择村卫生室作为第一就诊地点。影响居民选择就诊的因素有：方便（66.6%）和路途近（57.3%），其次才是医疗水平高（31.0%），服务态度好（27.1%）和价格便宜（27.1%）^[10]。所以，

根据前人的研究,本文认为距离近和方便是乡村中村民选择医疗服务的首选。在我们的调查中发现,集中执业后,村卫生室在规范管理的同时也给村民的就医体验带来了一些负面效果,主要表现在:一是有些村民就医路程较远,在覆盖人口较多的村卫生室,最偏远的村民就医需要走近 5 公里的路程,而到旁边的“非法诊所”距离要短得多,甚至更多时候是“非法行医”的村医上门服务。二是诊疗程序较繁琐。村卫生室由于财务管理的需要,需要经过挂号、诊疗、缴费、拿药等四个手续,且需要三至四个不同的医生,必须所有医生都在才能看病拿药,在中午或下班时间无法看成病。而在家室一体的“非法诊所”,只需要村医一人就可,看病、缴费、拿药一个手续即可完成,与医生面对面的诊疗时间也更加充分。

因此,在“非法诊所”与村卫生室的竞争中,“非法诊所”会因其便利性、路途近、价格低等优势因素而赢得村民的选择。

4.村医水平的逆向选择与集中执业的可持续性

根据我们的调查,在上述的“非法行医”竞争环境下,集中执业将可能面临着村医水平的逆向选择问题,很多集中执业的医生,特别是原来单独执业时收入较高的村医都表示收入较集中之前要差,大多数都在盼望着政府的支持政策,如果没有政府支持政策支撑,村医集中执业将难以持续,本部分从理论上解释该现象的原因。

4.1. 政府对村卫生所支持情况分析

政府无论是对村卫生室还是对村医个人基本没有投入。近年来,我国政府对农村医疗卫生服务体系非常重视,但是资源投入基本上投向了县级医院,提出了“政府重点办好县级医院”,“三年内(2009-2011)中央重点支持 2000 所左右县级医院(含中医院)建设,使每个县至少有 1 所县级医院基本达到标准化水平”。同时,对乡镇医院也逐步加大了投入,2009 年全面完成中央规划支持的 2.9 万所乡镇卫生院建设任务,再支持改扩建 5000 所中心乡镇卫生院。对村卫生室的支持,多数都停留在提要求上,“三年内实现全国每个行政村都有卫生室”,没有落实到财政支持上。真正公办(集体办)的村卫生室占比非常少,根据国务院发展研究中心 2004 年的调查,村级医疗机构中真正由乡镇卫生院设点和集体所有集

体经营的仅占 16.8%;即使在 2009 年的制度中,仍然主张“村卫生室可采取村民委员会办、乡镇卫生院办、乡村联办、社会承办或有执业资格的个人承办等多种形式举办”,且政府要求村医集中执业的村卫生室建设资金也是由乡医自行解决,房屋设备及药品资金等由卫生所自筹解决。各地基本都是在村卫生室的规范化建设项目中,采取以奖代补的形式给予了部分村卫生室少量补助,如江西在 2007 至 2008 年,由省财政安排 2 亿元,每所村卫生室(所)补助 1 万元,但这些补助远远不够,这一点政府非常清楚。

而对于村医的投入,则更少。在农村医疗卫生服务体系中,县级医院医生属事业编制,收入较有保障。乡镇卫生院的医护人员正在得到大力支持,2010 年国家层面将推动《乡镇卫生院机构编制标准指导意见》的出台;而有些省份已经出台了自己的机构编制标准并得到了逐步落实;而甘肃、江西、广西等从 2009 起实行乡镇卫生院人员基本工资财政全额保障,如江西从 2009 年起每年安排专项资金 2.5 亿,对全省近 4 万名乡镇卫生院在编人员基本工资予以补助。

但是对于村医的工资性收入则没有任何政府财政保障,完全属于自负盈亏的模式。在 2010 年颁布的“医改配套文件之卫生部财政部关于加强乡村医生队伍建设的意见”中指出“对乡村医生承担的基本医疗服务,结合现有的新型农村合作医疗制度,通过门诊统筹等方式给予补偿。对乡村医生承担的公共卫生服务,地方人民政府根据乡村医生提供公共卫生的数量、质量和服务人口、范围等因素,制定具体的补助标准,并在全面考核评价的基础上,采取购买服务的方式核定补助。乡村医生养老保险可结合新型农村社会养老保险等多种方式予以解决。”

4.2. 村医收入变化

村医的收入来源有两个,一是公共卫生服务的补助、二是门诊业务收入。首先看公共卫生服务补助,尽管近年来各级政府不断加大投入,如江西明确规定从 2009 年起,在县财政落实乡村医生每人每年 300-500 元公共卫生服务补助的基础上,省财政按每人每年 1000 元的标准再给予补助。但是公共卫生服务补助的绝对额仍然很低,占村医总收入的比重很小,根据我们此次调查大约占 5%-10%之间;这也在其他学者的研究中得到了印证,王林等(2009)在重庆的调查显示预防保健收入约占总收入的 5%左右^[11];苏锦英等

(2008)对东中西六个省份的调查表明,津贴补助占总收入比重最低的约 6.15%,最高的为 11.83%^[12]。

因此,村医收入的主要来源仍然是业务收入,村医业务收入取决于村卫生室总体业务收入和内部分配方式两个因素。对于村卫生室的业务收入,由于面临着“非法诊所”的竞争压力,在我们调查的众埠镇的四个村卫生室,业务收入较各村医独立行医时的业务收入之和均有不同程度下降,甚至比原来最优秀村医的个人业务收入还低。例如,D村卫生室是该镇较大村卫生室之一,由村委会提供一个约 600 平米的废旧仓库作为场所,6 位村医等额出资约每人 3 万元左右进行装修;2009 年 10 月至 2010 年 1 月,每个月的平均业务总收入为 6 万元左右,刨去成本净收入约为 1.2 万元左右,平均每人月薪 2000 元左右;这个薪酬在当地农民中属于高收入;但是对于优秀的村医,如该卫生室的主任,其在单独执业时的每月平均业务收入约 3 万元,纯收入超过 5000 元。

同时,在收入分配方式上,由于政府主导,在集中执业时采取的是平均股权的投入方式,在收入分配上也采用了平均分配的办法,没有区分工作量和业务能力,所有集中执业的村医的收入都一样。

4.3. 村医水平逆向选择的模型分析

综上所述,由于政府对于集中执业后的村卫生室投入力度较小,加上面临“非法诊所”的竞争,村卫生室的总体收入并不高,再加上管理成本上升,其纯收入就更低;同时,采取收入平均分配的方式,对于高水平村医(集中之前收入较高的村医),其收入较集中执业之前有较大幅度下降,根据我们的调查,各村卫生室主任的收入较集中执业之前下降约一半。长此以往,必然导致高水平村医可能退出村卫生室,选择单独执业;而留在村卫生室的都是一些水平较差,单独执业缺乏竞争力的村医,从而造成村卫生室村医水平的逆向选择。事实上,如果没有政府的强力支持和保障,加上平均分配的机制,这两个条件就将导致村医水平的逆向选择。具体用模型分析如下。

考虑由一个高水平村医和一个低水平村医联合出资组建的村卫生室,假定业务量等于原来两者单独执业业务量总和;政府支持村卫生室,村医因此获得政府收入为 g ;高水平村医单独执业时的业务收入为 h ;低水平村医单独执业时的业务收入为 $l(h > l > 0)$;集中执业后村医纯收入为 k ;村卫生室管理成本为 c (大于 0),单独执业时管理成本为 0;集中执业后村卫生室的总纯收入为 π ;单独执业被政府查处的概

率为 λ ,罚没金额为 y 。

集中执业后村卫生室的纯收入为:

$$\pi = h + l - c \quad (1)$$

集中执业后村医的收入为:

$$k = \frac{\pi}{2} + g \quad (2)$$

高水平村医选择单独执业的期望收入为 $h - \lambda y$

则,高水平村医集中执业前后的期望收入差距为:

$$k - h - \lambda y = \frac{\pi}{2} + g - h = \frac{h + l - c}{2} + g - h - \lambda y \quad (3)$$

低水平村医集中执业前后的期望收入差距为:

$$k - h - \lambda y = \frac{\pi}{2} + g - h = \frac{h + l - c}{2} + g - h - \lambda y \quad (4)$$

根据前面的调研可假设 $g = 0.05\pi$,假设政府查处的概率 $\lambda = 0.1$,罚没金额等于业务收入(即对高水平村医 $y = h$,对低水平村医 $y = l$)则:

高水平村医集中执业前后的期望收入差距为:

$$k - h - \lambda y = \frac{\pi}{2} + g - h - \lambda y = 0.55(l - h - c) < 0 \quad (5)$$

低水平村医集中执业前后的期望收入差距为:

$$k - l - \lambda y = \frac{\pi}{2} + g - l - 0.1l = 0.55(h - l - c) > 0 \quad (6)$$

从式(5)和式(6)可以看出,高水平村医选择集中执业的收入较单独执业时的收入低,高水平村医将选择单独执业;而低水平村医选择集中执业的收入较单独执业时的收入高,低水平村医将选择留在村卫生室,即卫生室将产生村医水平的逆向选择。从而造成村卫生室的声誉将下降,并进一步引发业务收入下降,使其村医集中执业面临失败。

事实上,乐平市早在上世纪九十年代初,就在六个村开展过村卫生所一体化的试点,三个月后这项试点就随村医的解散而失败了。

5. 结论与政策建议

5.1. 主要结论

第一,现在正在全国范围内大力推行的以村医集中执业为基础的乡村卫生一体化政策,其有利于改善村级医疗卫生服务机构的硬件设施,有利于新农合制度的推行,有利于减低农民的就医负担,提高农村医疗卫生服务保障水平。但是其可持续性及其“一村一所”模式的科学性值得商榷。

第二,由于我国农村地区仍然具备传统乡土社会的特征,乡土社会中“非法诊所”的村医因为熟悉而得到村民的信任,具备与村卫生室竞争的资格因素;

同时,对部分村民其因为便利性和路途更近等竞争因素,从而有部分村民前往“非法诊所”就医。因此,由原村医个体行医形成的“非法诊所”的存在有其必然性和合理性,可以提升部分村民的卫生服务水平。

第三,由于政府财政对村卫生室和村医的支持力度有限,对非法行医打击力度和效果不大,同时村卫生室收入分配制度的平均主义,造成高水平村医的期望收入在集中执业后较单独执业情况下低,高水平村医将从村卫生室退出,从而造成村卫生室中村医水平的逆向选择,使集中执业模式最终失败。

5.2. 政策建议

从以上结论中我们可以看到现有“一村一所”集中执业改革方向和模式的不足之处,其必然要走向失败。在改革的过程中,应该避免采取简单粗暴的方式,避免采取“一刀切”的方式,而是应该遵循医疗卫生事业自身规律,市场竞争规律,为此提出以下建议:

第一,政府要做的不是从数量上控制村级卫生医疗机构的数量,采用所谓的“一村一所”一刀切的模式;而是应该规范村级医疗卫生机构的设定标准和条件,以及规范村医的执业许可条件等。即政府制定标准而不是规定数量。但是,由村集体举办的村卫生室只设置一所,其标准要较一般的诊所更高。

第二,对于达到标准的卫生室(诊所)和村医都应该允许其运营和执业;但是对其运营的过程和执业过程进行监管。同时,把村集体举办的村卫生室设定为新农合的定点医疗机构,政府提供一定的资助;并将其作为全村村民医疗的“看门人”,成为村民的注册全科医生,对进入集体举办村卫生室的村医按照覆盖人数给予一定的津贴和补助等。

第三,对于对没有进入村卫生室集中执业的村医,即使政府强行判定其为“非法行医”,但仍然有其存在的必然性和合理性,可以为部分村民提供更好的服务,应该允许达到条件的村医和卫生室继续执业。这样既满足了部分村民的不同需求,也有利于利用竞争机制促进服务的改进和水平的提升。

References (参考文献)

- [1] He Cheng, The summary report of vice minister of ministry of health in the first national conference [J], Shandong government report, 1950, 10: 55-61.
中央人民政府卫生部贺诚副部长在第一届全国卫生会议上的总结报告[J],山东政报, 1950,10:55-61.
- [2] Shao qitao, ren jigang, fu shumian, the historical interpretation of China's rural cooperative medical system[J], Journal of Shandong agricultural university (social sciences), 2007,2:28-31.
邵奇涛,任吉刚,付淑敏,中国农村合作医疗制度的历史演绎与启示[J], 山东农业大学学报(社科版),2007,2:28-31.
- [3] Song siyun, 1955-2000 Historical survey of China rural cooperative medical security system[J], Journal of Qingdao university of science and technology(social sciences), 2007, (3): 60-67.
宋士云, 1955-2000 年中国农村合作医疗保障制度的历史考察[J], 青岛科技大学学报(社会科学版) 2007,(3):60-67.
- [4] Yang xiuli, yuan zhilin, the historical changes of China's rural social security system[J], Economic research guide, 2006,(2):45.
杨秀丽,索志林,中国农村社会保障制度的历史变迁[J],经济研究导刊,2006,(2):45.
- [5] Zhu ling, government and the countryside choice of basic medical security system institution [J], China social sciences, 2000(4):89-99.
朱玲,政府与农村基本医疗保健保障制度选择 [J], 中国社会科学,2000(4):89-99.
- [6] Xu qingzhao, The development, achievements and experience of china rural cooperative medical treatment during 60th anniversary[J], The collective economy, 2009,09:11-12.
徐清照,建国 60 年来中国农村合作医疗发展的历程、成就及经验[J],集体经济,2009,09:11-12.
- [7] Li bing, Medical security policy adjustment and village clinic living space[C], China's reform and opening and sociology: The collection of China's social association conference, 2009,07.
李斌,医疗保障政策调整与村卫生室的生存空间[C],改革开放与中国社会学: 中国社会学会学术年会获奖论文集,2009,07
- [8] Fei xiaotong, the rural China [M]. nanjing: Jiangsu arts press, 2007,04.
费孝通,乡土中国[M].南京:江苏文艺出版社,2007,04.
- [9] Roland,M, and Shaprio,J(Eds),Specialist outreach clinics in general practice [M]. Oxford: Radcliffe Medical Press,1998.
- [10] Xiao shengbing, Causal analysis of Western farmers medical units choice[J], China public health, 2005,(7):34.
肖生斌,西部农民就诊单位选择的原因分析[J],中国公共卫生, 2005,7(7):34.
- [11] Wnag lin, li xiaofeng, yang zu, chongqing Rural doctors income level and influencing factors[J], Social scientists, 2009.11 (151):102-105.
王林,李晓凤,杨竹,乡村医生收入水平及影响因素——以重庆市为例[J],社会科学家,2009,(151):102-105.
- [12] Shu jianying, gao qing, Investigation and analysis on village doctor medical income situation[J], Medicine and Society, 2008.8(8):27-29. 苏锦英,高倩,我国乡村医生医疗收入现状调查分析[J],医学与社会,2008.8(8):27-29